



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 3 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 24 de enero de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 476/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 3 de diciembre de 2017, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 12 de diciembre de 2017. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP),

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 31.1.a) LRJAP-PAC].

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues la interesada interpuso aquel escrito el 9 de diciembre de 2015, en relación con un daño que se ha generado tras intervención quirúrgica realizada el 9 de junio de 2015, de la que recibió el alta el 17 de junio de 2015.

III

La interesada, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que funda la presente reclamación, los siguientes:

«Primero.- Que la dicente acudió al Médico de Familia del CAE de Vecindario el 9 de diciembre, con síntomas de vómitos, dolor abdominal con diagnóstico de gastroenteritis aguda (...).

Segundo.- Que volvió a acudir al Médico de Familia, tras un primer diagnóstico, el 16 de diciembre de 2016 por padecer dolores desde una semana, desde los gemelos hasta los dedos

de ambos pies, muy fríos y presentando un claro color blanco. Tras un primer diagnóstico, dictaminó Rotura Fibrilar (...).

Siguiendo el tratamiento prescrito, se ve en la obligación de acudir nuevamente el 23 de diciembre del mismo año por sentir calambres y síntomas de contractura cuando camina mucho (...).

Tercero.- Que el 28 de diciembre de 2014 acude a urgencias de (...) por padecer dolor abdominal y náuseas, con diagnóstico de infección de orina y con prescripción ciprofloxacino y buscapina, tratamiento totalmente contraindicado para los dolores de pie que venía padeciendo.

Cuarto.- Que el día 1 de enero de 2015 ingresa de forma urgente por isquemia subaguda de MID.

Tras realizarse arteriografía por mala respuesta al tratamiento médico, se confirma la existencia de trombo embolia que ocupa 1/3 distal de FCD ambas poplíteas y troncos distales.

Tras dicho diagnóstico el 8 de enero de 2015 me intervienen de urgencia por el que se realiza una trombectomía poplíteas derecha y transfemosis izquierda.

Una vez en el domicilio, seguía sufriendo tremendos pinchazos y dolores, agravándose la situación con mareos, náuseas y la creación de un estado de ansiedad.

Quinto.- Con fecha 25 de mayo acude a consultas externas, teniendo que quedar ingresada desde dicha fecha hasta el 17 de junio, por la mala evolución de la isquemia en MID, e ingreso de forma programada para amputación mayor por dolor en reposo e infarto gemelar derecho el 9 de junio de 2015».

Se solicita indemnización que se cuantifica en 300.000 euros, tanto por la amputación del miembro inferior derecho, como por los daños morales derivados de ello.

IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obstan a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 RPAPRP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 42.1 y 7, 43 y 141.3 LRJAP-PAC).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 14 de diciembre de 2015 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, viniendo a aportarse lo solicitado el 8 de enero de 2016.

- Por Resolución de 25 de enero de 2016, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que es notificada aquélla el 29 de enero de 2016.

- El 28 de marzo de 2017 se emite informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), tras haber recabado la documentación oportuna [historia clínica de la reclamante obrante en el Hospital (...), en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), y en Atención Primaria Área de Salud de Gran Canaria, así como informe del Director Médico de Hospitales (...), de 19 de febrero de 2016, y preceptivo informe del Servicio concernido: Angiología y Cirugía Vascolar del CHUIMI, emitido por el jefe del Servicio el 24 de febrero 2016].

- El 28 de abril de 2017, a fin de dictar acuerdo probatorio, se insta a la interesada a que aporte los elementos probatorios de los que desee valerse, sin que se haya aportado nada, tras recibir notificación el 9 de mayo de 2017.

- El 6 de junio de 2017 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten a trámite las pruebas aportadas por la interesada en su escrito de reclamación y se incorporan las de la Administración, y, puesto que todas ellas son documentales y obran ya en el expediente, se declara concluso este trámite. De ello recibe notificación la reclamante el 21 de junio de 2017.

- Tras conferirse a la interesada trámite de audiencia el 6 de junio de 2017, y serle notificado el 21 de junio de 2017, aquélla solicita copia de determinada documentación mediante comparecencia personal el 3 de julio de 2017. Se le entrega copia de lo solicitado en tal acto, sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 17 de noviembre de 2017 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la reclamante, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, sin fecha. Ello es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 27 de noviembre de 2017.

- El 3 de diciembre de 2017 se dicta Propuesta de Resolución definitiva.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del

procedimiento, de los que se infiere la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada a la reclamante.

Ello se centra, por un lado, en la ausencia de relación entre la asistencia por patología abdominal con la referida a su proceso vascular, y, por otro, en la adecuación, en todo momento, de la asistencia prestada a la paciente con la sintomatología que presentaba, ofreciendo los diagnósticos y tratamientos adecuados.

2. Pues bien, teniendo en cuenta los datos obrantes en la historia clínica de la paciente y los informes médicos emitidos a largo de la tramitación del procedimiento que nos ocupa, que han sido recogidos en el informe del SIP, la Propuesta de Resolución los asume. Así, como bien ha distinguido la Propuesta de Resolución, nos hallamos ante dos clases de objetos asistenciales:

2.1. En cuanto al relativo a la gastroenteritis por la que acudió la paciente al Centro de Salud de Vecindario el día 10 (la reclamante se refiere al día 9, pero en su historia clínica consta el día 10) de diciembre de 2014 y causa baja hasta el 11 de enero, y que es también motivo de asistencia en el Hospital (...) el 28 de diciembre, no guarda relación alguna con el daño por el que se reclama. De hecho, la propia reclamante reconoce que es la sintomatología de gastroenteritis la causa de aquellas atenciones.

Lo mismo ha de decirse de la asistencia prestada por su médico de cabecera el 30 de diciembre, al que acude también por un cuadro de gastroenteritis aguda que había empezado hacía tres días y que la propia interesada atribuyó a haberse comido un sándwich con mayonesa. En este momento se constata mejoría tras el tratamiento instaurado en (...) respecto del dolor abdominal.

Por otro lado, tal y como se informa por el Director Médico de Hospitales (...), el 19 de febrero de 2016, «no existe ninguna evidencia científica que sustente la relación que establece la demandante entre la utilización de Ciprofloxacino y Buscapina en el agravamiento de su enfermedad vascular en miembros inferiores. Al respecto, además de señalar la procedencia de la prescripción como tratamiento empírico de la clínica que la trajo al servicio de urgencias». Se acompañan las fichas técnicas de ambos fármacos aprobados por la AEMPS en las que no se recoge ninguna contraindicación y/o precauciones especiales en la situación clínica de la paciente.

2.2. En cuanto a la patología vascular, frente a la afirmación de la reclamante de que ante sus síntomas de tromboembolia no se le realizaron las exploraciones correspondientes, se ha informado por el jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular (ACV) del CHUIMI que la paciente nunca presentó cuadro de trombosis venosa profunda (TVP) y cuando acude al CHUIMI es diagnosticada de isquemia subaguda. Se trata, pues, de una enfermedad arterial, no venosa.

Así se objetiva en las exploraciones y pruebas realizadas, donde se concluye siempre «sin signos de TVP».

Del análisis de los antecedentes expuestos, el SIP informa de que la paciente ha sido diagnosticada de isquemia crónica grado II b. En este contexto ha sufrido episodios de trombosis arterial de miembros inferiores.

Y, en relación a la valoración del momento del diagnóstico de cuadro de isquemia subaguda/aguda de MMII y su abordaje, tras plantearse si los síntomas y signos presentados por la paciente desde el 16 de diciembre de 2014 hacían sospechar un cuadro de isquemia en MID y si esta sospecha tenía el carácter de aguda, explica el informe del SIP la evolución de la enfermedad, concluyendo:

«En fecha 16 de diciembre de 2014 la paciente expresa que presenta dolor en gemelos y adormecimiento en ambos pies. En fecha 23 de diciembre que ha mejorado “los calambres en los pies” y que cuando camina nota contractura. En la exploración no consta, como afirma la reclamante, “muy fríos y claro color blanco”. Sí que se describe en fecha 16 de diciembre que los pulsos están presentes, además no constan antecedentes que hicieran sospechar un cuadro de isquemia crónica, no se describe dolor nocturno que le imposibilite el descanso como correspondería a una isquemia crónica crítica y expresa molestias a la flexión contra resistencia. Estos últimos datos, incluidos los calambres, orienta el cuadro a rotura fibrilar.

En cualquier caso, no presentaba en ese momento síntomas o signos de sospecha de cuadro agudo de isquemia en miembros inferiores que hubiera requerido una revascularización urgente.

En fecha 30 de diciembre de 2014 con ocasión de la visita realizada por la paciente a su Médico para comunicar la asistencia recibida por su cuadro de dolor abdominal, se explora, nuevamente, los MMII, ya que consta ausencia de signos de TVP, sin que se mencione signos de isquemia en los mismos.

Es en fecha 1 de enero de 2015 cuando se describe por primera vez en la documentación obrante en el expediente dolor, descrito en ese momento como intenso, frialdad en miembro inferior derecho, abolición de la sensibilidad y de la movilidad, que la reclamante relata como de “2 horas de evolución”.

Es en fecha 1 de enero cuando se describe como ausente los pulsos poplíteos y pedios además en ambos miembros inferiores.

Por tanto, no se describe antes del 16 de diciembre relato que hiciera pensar en una situación de isquemia crónica de miembro inferiores, de hecho en la asistencia de fecha 1 de enero de 2015 se expresa "no historia de claudicación intermitente" y que el cuadro agudo tenía "2 horas de evolución". Además, una vez estudiada la paciente no se ha identificado el foco embolígeno o posible causa de su cuadro, por ello ni era candidata, clínicamente, antes del 1 de enero de 2015 a tratamiento quirúrgico ni, desconociendo como se ha indicado la patología base de su cuadro, un tratamiento médico en el periodo 16 de diciembre de 2014 a 1 de enero de 2015 podría haber evitado el cuadro isquemia aguda/subaguda presentado en esta última fecha y su evolución posterior».

Así pues, no es hasta el 1 de enero de 2015 cuando por primera vez se presentan los síntomas propios de la patología, signos que inducen a la sospecha clínica de isquemia arterial subaguda de miembros inferiores, no precisando hasta ese momento a la vista de su sintomatología, una revascularización urgente.

Y en tal momento se realizan las pruebas diagnósticas precisas. Así, se indica la realización de arteriografía que evidencia el lugar de la oclusión: arteria femoral profunda derecha y ambas poplíteas con semiología de embolia aguda, objetivando únicamente «tardía repleción distal por colateralidad en arteria tibial posterior derecha».

Como consecuencia de ello se realiza el tratamiento indicado, que es una «trombectomía transpoplíteas derecha y transfemoral izquierda», constando el buen resultado de este primer abordaje el 12 de enero.

No obstante, y a pesar de que el tratamiento fue el adecuado a la patología sufrida en aquel momento, y a la buena evolución, la isquemia en MID evoluciona mal describiéndose en fecha 16 de enero «pocas posibilidades de revascularización» y precisando en fecha 26 de enero nueva recanalización por nuevo evento tromboembólico recuperando de nuevo el pulso distal.

Se mejora la evolución del infarto muscular en tercio distal del miembro, queda retracción isquémica gemelar. Con la finalidad de paliar el dolor leve residual se practica simpatectomía lumbar derecha.

Sin embargo, a pesar de esta actuación, el dolor en reposo se mantiene y junto al infarto gemelar deriva en la necesidad de tratamiento

neuroestimulador/amputación optando la paciente por la amputación supracondílea de MID.

Ante este proceso se explica por el informe del SIP que, una vez presentado el proceso isquémico, el pronóstico depende de su evolución, que bien puede ser hacia la compensación, mejorando la sintomatología hasta desaparecer o convertirse en un cuadro crónico, o bien, como ha ocurrido en el presente caso en el MID, hacia un empeoramiento progresivo por necrosis muscular o nerviosa, a pesar de la revascularización, conllevando la necesidad de amputación.

Además, destaca el informe del jefe del Servicio de ACV, como antecedentes de la paciente destacables por su influencia en el proceso de su enfermedad: obesidad extrema, tabaquismo (pues si bien en el informe del SIP consta «exfumadora», la propia paciente relleno, en el cuestionario de anestesia en enero de 2015, que fumaba entre 7/8 cigarrillos aún), hipertensión arterial, dislipemia, lupus eritematoso discorde, y que, además, en las intervenciones quirúrgicas realizadas se objetivaron unas arterias filiformes con mala conformación y mala salida distal.

De todo lo expuesto procede, pues, concluir, tal y como señala la Propuesta de Resolución, que la actuación médica fue conforme a la *lex artis* en todo momento, siendo la atención dispensada a la paciente acorde con la sintomatología presentada en cada momento, realizándose en cada caso las pruebas diagnósticas precisas y poniendo a disposición de la paciente los medios terapéuticos y tratamientos requeridas según los hallazgos, por lo que no puede concluirse la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por el daño sufrido.

El daño por el que se reclama, la amputación del MID, es el resultado de la mala evolución de la propia patología de la paciente, a pesar de su correcto diagnóstico y tratamiento, a lo que coadyuvaron los antecedentes de la interesada que constan en su historia clínica.

CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la solicitud de la interesada.